



Universidade de Brasília
Graduação de Educação Física – Bacharelado

LUIZA PARRA MOREIRA

**PREVENÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DURANTE A GESTAÇÃO E
NO PERÍODO PÓS PARTO: UMA REVISÃO NARRATIVA**

Brasília – DF

2019



Universidade de Brasília
Graduação de Educação Física – Bacharelado

Luiza Parra Moreira

**Prevenção da Incontinência Urinária Durante a Gestação e no Período Pós Parto: Uma
Revisão Narrativa**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Graduação de Educação Física, da Universidade de
Brasília, como parte dos requisitos necessários à
obtenção do título de Bacharel.

Orientadora: Dr.^a Lídia Mara Aguiar Bezerra de
Melo

Brasília – DF

2019

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia. À professora Lídia pela paciência na orientação e incentivo que tornou possível a conclusão deste trabalho. À minha família, por sua capacidade de acreditar e investir em mim. E aos meus amigos, pelas alegrias, tristezas, dores compartilhadas, e pelo apoio e encorajamento constantes.

Resumo

A incontinência urinária (IU) é definida como “a queixa de qualquer perda involuntária de urina”, tendo alta incidência durante a gestação e no período pós-parto em decorrência do aumento da pressão intra-abdominal, associada ao enfraquecimento de estruturas do assoalho pélvico. As adaptações ao papel materno, aprendizados sobre cuidados do bebê e autocuidados, mudança hormonal drástica são fatores que geram grande impacto na vida das mulheres e as sujeitam a dificuldades inerentes à nova realidade. Existe uma enorme sobrecarga física e psicoemocional que interferem na qualidade de vida. Um quadro de IU desenvolvido durante a gestação ou após o parto, e as consequências decorrentes desse quadro, podem vir a gerar um desconforto a mais, e consequentemente, tornar mais difícil a adaptação das mães a essa nova fase.

O treinamento dos músculos do assoalho pélvico (MAP) pode desempenhar função preventiva no desenvolvimento da IU na gestação e pós-parto, uma vez que exercícios direcionados podem ser eficazes no desenvolvimento de força, e consequentemente, contribuir para a sustentação das estruturas internas e suporte da pressão. Dessa forma, prevenindo o desenvolvimento da IU, a qualidade de vida da mulher também pode ser menos afetada, fazendo com que ela desempenhe melhor suas novas funções e atividades diárias.

Palavras-chave: Incontinência Urinária, Gestação, Pós Parto, Musculatura do Assoalho Pélvico.

Abstract

Urinary incontinence is defined as "the complaint of any involuntary loss of urine", with a high incidence during pregnancy and in the postpartum period due to an increase in intra-abdominal pressure associated with weakening of pelvic floor structures. Adaptations to the maternal role, learning about baby care and self-care, drastic hormonal change are factors that have a great impact on the lives of women and subject them to the difficulties inherent to the new reality. There is tremendous physical and psycho-emotional overload that interferes with quality of life. A UI developed during pregnancy or after childbirth, and the consequences resulting from this situation, can generate an additional discomfort, and consequently make it more difficult for the mothers to adapt to this new phase.

The training of the pelvic floor muscles may play a preventive role in the development of urinary incontinence during pregnancy and postpartum, since targeted exercises can be

effective in the development of strength and, consequently, contribute to the support of internal structures and support of pressure. Thus, by preventing the development of urinary incontinence, a woman's quality of life may also be less affected, making her better perform her new functions and daily activities.

Key words: Urinary Incontinence, Pregnancy, Postpartum, Pelvic Floor Muscles.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Músculos do Assoalho Pélvico.....	9
Figura 2 – Assoalho da Pelve e Conteúdo.....	11
Figura 3 – Assoalho Pélvico Feminino e Masculino.....	13

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Anatomia do Assoalho Pélvico – de superficial para profundo.....	11
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IU	Incontinência Urinária
IUE	Incontinência Urinária de Esforço/Estresse
MAP	Musculatura do Assoalho Pélvico

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1. Objetivo.....	11
2. ANATOMIA E FUNÇÃO DO MAP.....	11
3. INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA GESTAÇÃO E PÓS-PARTO.....	15
3.1. Treinamento da Musculatura do Assoalho Pélvico como Tratamento e Prevenção.....	18
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS.....	23
ANEXO A - CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO À REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIA E MOVIMENTO.....	27
ANEXO B – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO TCC.....	28
ANEXO C – ATA DA DEFESA.....	29

1. Introdução

A incontinência urinária (IU) é considerada um sintoma e um sinal de disfunção vesical e/ou disfunção do mecanismo esfíncteriano uretral, e não uma doença em si. O Comitê de padronização da ICS (Internacional Continence Society) considera IU “a queixa de qualquer perda involuntária de urina”. (TAMANINI et al., 2004)

O urologista Fábio Baracat (2011) classifica a IU em três tipos: a que mais acomete as mulheres chama-se incontinência urinária de esforço e o sintoma inicial é a perda urinária que ocorre durante aumento da pressão abdominal, quando a pessoa tosse, penteia o cabelo, movimenta-se, faz exercício físico. O segundo tipo mais frequente é a incontinência urinária de urgência. É a incontinência que as mulheres apresentam quando, em meio às atividades diárias, abrem uma torneira, por exemplo, e sentem uma vontade súbita e urgente de ir ao banheiro, mas não conseguem chegar ao sanitário a tempo de evitar a perda de urina. O terceiro é a incontinência mista que associa a incontinência de esforço à incontinência de urgência. Nesse caso também o principal sintoma é a perda urinária pela uretra sem possibilidade de controle.

Em entrevista com o urologista Cristiano Mendes Gomes (2018) do Núcleo Avançado de Urologia e do Centro de Continência Urinária do Hospital Sírio-Libanês, de São Paulo, afirma ter conduzido um levantamento em cinco capitais brasileiras – Porto Alegre, São Paulo, Recife, Belém e Goiânia –, onde ouviu 5.184 pessoas. A maioria estava na faixa dos 50 aos 59 anos (34%) e mais da metade (53%) era do sexo feminino e o resultado revelou números dignos de uma epidemia: 45,5% das mulheres e 14,7% dos homens relataram sofrer com os vazamentos.

De acordo com Wesnes e Rortveit (2012), a prevalência de IU aumenta consideravelmente durante a gravidez devido ao aumento da incidência de estresse sobre o assoalho pélvico. Essa incidência de IU é baixa no primeiro trimestre, aumenta rapidamente no segundo trimestre e continua a aumentar, embora mais lentamente, no terceiro trimestre.

A prevalência da IU varia entre 23% a 67% na gestação e 6% a 29% no pós-parto, e a forma mais prevalente de incontinência urinária nas mulheres nos anos reprodutivos é a Incontinência Urinária de Esforço (IUE) (PALMA, 2009). Este tipo de IU é caracterizada como a perda involuntária de urina durante a realização de esforços físicos, devendo-se a um aumento brusco da pressão intra-abdominal na ausência da atividade do músculo detrusor. Os traumatismos ocorridos no pavimento pélvico durante a gravidez e o parto são sugeridos como sendo os seus principais fatores de risco. (SANTOS et al., 2006)

De acordo com o urologista Fernando de Almeida (2018), a incontinência urinária vai além do incômodo de ter as roupas íntimas molhadas, mas afeta diretamente a vida social e

sexual, principalmente de mulheres, e por esse motivo ele rotula o sintoma como um “câncer social”. Afirmar que “ela (a incontinência) destrói a autoestima da mulher, afeta o físico e o emocional. A mulher deixa de usar as roupas que gosta, tem uma preocupação enorme em achar um banheiro nos locais que frequenta, sente-se insegura de sair de casa, deixa de fazer atividade física. São pequenas situações que vão limitando a vida”.

Em dissertação realizada pela fisioterapeuta Mariana Rhein Felipe entre 2011 e 2012 no Ambulatório de Disfunção Miccional da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), e publicada em 2015, contou com a participação de 356 voluntárias – metade com incontinência urinária – e mostrou que 55% delas não tinham mais vida sexual ativa. “Fomos motivados pelos relatos das pacientes na clínica. Elas apontavam que, além de afetar a parte emocional e psicológica, a incontinência interfere na sexualidade, com perda de urina no ato sexual ou no orgasmo”.

Mediante ao exposto, levanta-se os seguintes questionamentos: será que o treinamento do MAP pode desempenhar função preventiva da IU durante a gravidez? O fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico tanto antes quanto durante e após a gestação podem prevenir a incontinência urinária, além de outros distúrbios do assoalho pélvico?

1.1. Objetivo

Esse estudo teve como objetivo verificar por meio de uma revisão narrativa a incidência de incontinência urinária (IU) durante a gestação e no pós-parto, bem como se o treinamento da musculatura do assoalho pélvico (MAP) contribui para a prevenção dessas intercorrências.

Além disso, investigar o papel do profissional de educação física como interventor e as formas de inserção do treinamento do MAP nas planilhas de treino, sem que interfira na atuação do fisioterapeuta, mas que promova uma forma de terapia pelo movimento.

2. Anatomia e função do MAP

Segundo Kisner e Colby (2005), a musculatura do assoalho pélvico é composta de várias camadas orientadas em forma de funil, com inserções ósseas nos ossos púbis e cóccix. Lateralmente, os tecidos se mesclam em uma camada de fáscia que cobre o músculo obturador interno. O movimentador primário do assoalho pélvico é o levantador do ânus. O levantador do ânus, em combinação com cóccigeo, forma o diafragma pélvico. Os músculos mais superficiais do assoalho pélvico incluem os músculos superficiais transversos do períneo, o isquiocavernoso, o bulbocavernoso e o esfíncter anal externo. Tanto o lado direito quanto o

esquerdo do complexo do assoalho pélvico contribuem com fibras para o corpo muscular perineal localizado superficialmente entre a vagina e o reto. A ação combinada desses músculos cria uma força superior em direção ao coração e um movimento de pregueamento ou aperto em torno dos esfíncteres.

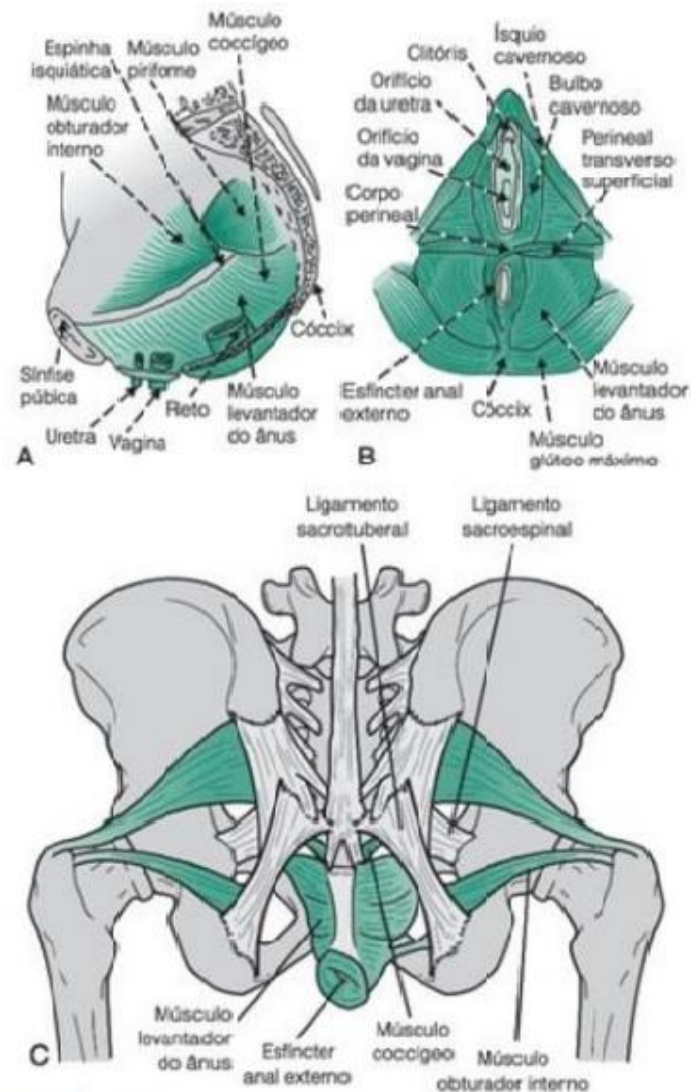


Figura 1 – Músculos do Assoalho Pélvico. Fonte: Kisner e Colby (2005, p. 934)

O assoalho pélvico é a única musculatura transversal do corpo humano responsável por diversas funções: suporte dos órgãos abdominais e pélvicos, manutenção da continência urinária e fecal, auxílio no aumento da pressão intrabdominal, na respiração e na estabilização do tronco. (OLIVEIRA et al., 2015)

A musculatura do assoalho pélvico tem os seguintes papéis essenciais (KISNER; COLBY, 2005):

- Dar suporte aos órgãos pélvicos e seus conteúdos.

- Suportar os aumentos na pressão intra-abdominal.
- Contribuir para a estabilização da coluna vertebral/pelve.
- Manter a continência dos esfíncteres uretrais e anais.
- Resposta sexual e função reprodutiva.

Camada muscular	Músculo	Ação	Inervação
Superficial (abertura)	<ul style="list-style-type: none"> • Isquiocavernoso, • Bulbocavernoso, • Perineal transverso superficial. • Esfíncter anal externo 	Ereção do clitóris Retração do introito, ereção do clitóris. Fixa o corpo perineal. Compressão do canal anal.	N. pudendo (S2 e S4)
Diafragma urogenital (membrana do períneo)	<ul style="list-style-type: none"> • Perineal transverso profundo: • Compressor da uretra • Esfíncter uretrovaginal 	Compressão da uretra e parede ventral da vagina. Suporte do corpo perineal e introito.	N. pudendo (S2 e S4)
Diafragma pélvico (suporte muscular primário)	<ul style="list-style-type: none"> • Músculo Levantador do ânus: • Músculo pubococcígeo • Músculo puborretal • Músculo iliococcígeo • Músculo Coccígeo 	Sustentam as vísceras; resistem ao aumento da pressão intra-abdominal, elevam o assoalho pélvico, auxiliam e/ou impedem a defecação; no parto sustentam a cabeça do feto durante a dilatação do colo uterino.	N. sacral (S3 e S4)

Quadro 1 – Anatomia do Assoalho Pélvico – de superficial para profundo. Fonte: Kisner e Colby (2005, p. 935)

A camada Superficial do MAP é formada principalmente por 4 músculos: Isquicavernoso, Bulbocavernoso (ou Bulboesponjoso), Perineal Transverso Superficial (ou Transverso Superficial do Períneo) e Esfíncter Anal Externo. O Diafragma Urogetinal é formada por 3 músculos principais: Perineal Transverso Profundo (ou Transverso Profundo do Períneo), Compressor da Uretra e Esfíncter Uretrovaginal. Essa camada faz parte também da camada Superficial do MAP, que juntas formam o Períneo. Já o Diafragma Pélvico (Camada Profunda) é formado por dois músculos. Um deles é Levantador do Ânus, que por si é dividido em três outros músculos: o Pubococcígeo, o Puborretal e o Iliococcígeo. O outro músculo que constitui essa camada é o Coccígeo (ou Isquiococcígeo). Cada músculo possui a sua função específica de sustentação, estabilização, continência e/ou resposta sexual. (ROSSI, 2019)

Geralmente, a perda involuntária de urina depois do aumento na pressão intrabdominal está associada ao enfraquecimento das seguintes estruturas de suporte do assoalho pélvico (HANSEN, 2015):

- Ligamentos pubovesicais medial e lateral;
- Fáscia pubovesical na junção uretrovesical (mistura-se com a membrana e o corpo do períneo);
- Levantador do ânus (fornece suporte na junção uretrovesical);
- Integridade funcional do esfíncter uretral.

A IU é multifatorial, mas algumas questões como idade avançada, multiparidade, cirurgias prévias e hipoestrogenismo, bem como deformidades pélvicas, contribuem para a perda da função esfincteriana. (REIS, 2003)

Os eventos que ocorrem durante a vida da mulher, como a gravidez, o parto, o aumento de peso, a menopausa e o envelhecimento acabam por afetar a função dos músculos do assoalho pélvico (MAP) e outras estruturas que dão suporte aos órgãos pélvicos. (OLIVEIRA et al., 2015)

O processo de trabalho de parto, em particular com o parto vaginal e o atendimento médico atual, podem produzir trauma significativo às estruturas do assoalho pélvico. Mulheres que nunca estiveram grávidas podem também apresentar disfunção do assoalho pélvico. Assim, o esforço exagerado decorrente de constipação crônica, tabagismo, tosse crônica, obesidade e histerectomia (retirada do útero) podem contribuir para esses comprometimentos em qualquer mulher. (KISNER; COLBY, 2015)

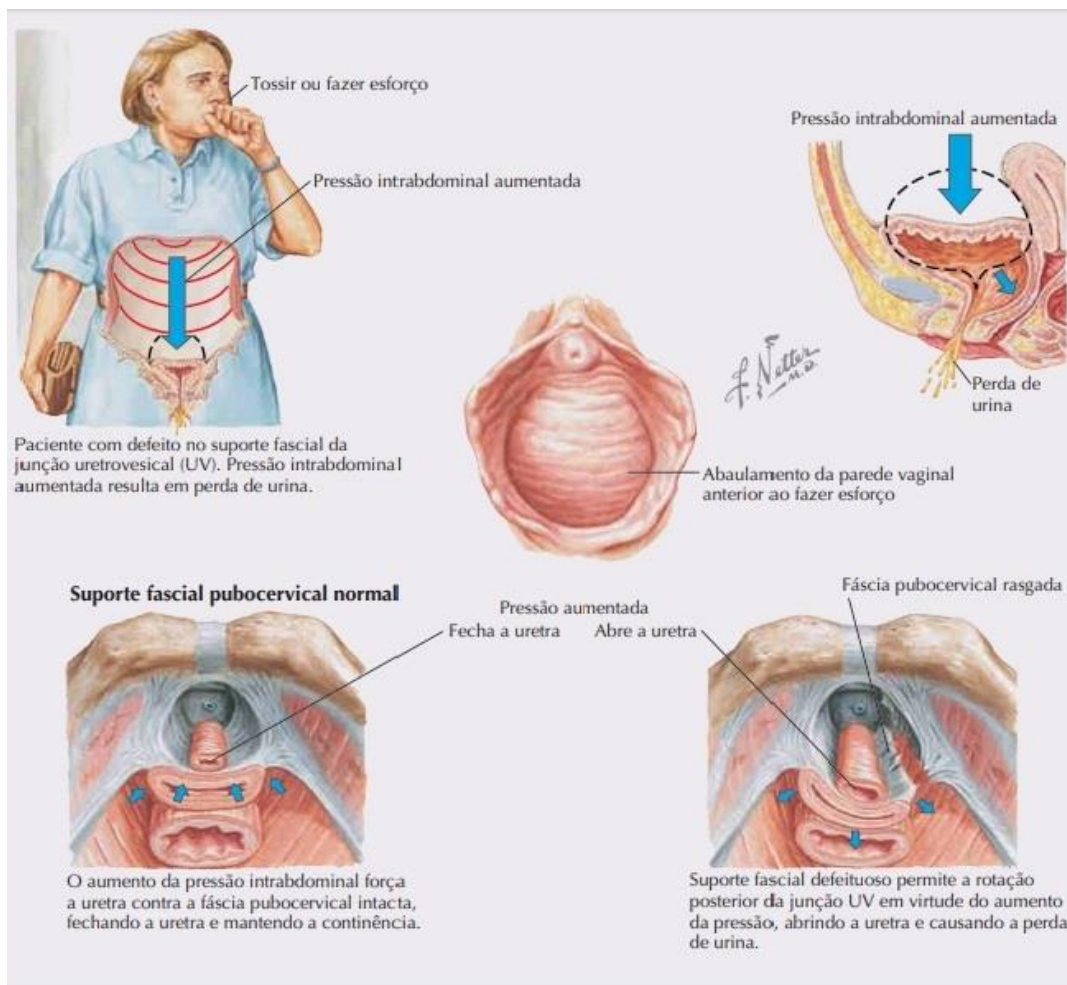


Figura 2 – Assoalho da Pelve e Conteúdo. Fonte: Netter (2004).

3. Incontinência Urinária na Gestação e Pós-Parto

As mudanças fisiológicas da gestação aumentam a suscetibilidade da gestante à infecção urinária, sendo as principais responsáveis a progesterona e a compressão mecânica sobre o útero grávido. Ocorrem também mudanças na filtração glomerular durante a gestação, aumentando a concentração urinária de glicose, tornando a urina mais alcalina, o que predispõe ao desenvolvimento de bactérias. (MITTAL; WING, 2005)

A secreção aumentada de progesterona leva a maior complacência vesical, redução do tônus muscular e da peristalse do ureter, induzindo aumento do volume residual na bexiga, refluxo vesicoureteral e, associada à compressão pelo útero grávido, à estase de urina nos ureteres, resultando em hidronefrose. (DUARTE et al., 2008)

Controlar a eliminação da urina pressupõe um ato voluntário comandado pelo sistema nervoso central. Comprometimento da musculatura dos esfíncteres ou do assoalho pélvico, gravidez, tumores malignos ou benignos e outras doenças que comprimam a bexiga podem

interferir no controle da micção e provocar incontinência urinária, um distúrbio mais frequente nas mulheres do que nos homens. A IU acomete tanto as mulheres na quinta ou sexta década de vida, quanto mulheres jovens. Atribui-se essa prevalência ao fato de a mulher apresentar, além da uretra (mais curta), duas falhas naturais na musculatura do assoalho pélvico – o hiato vaginal e o hiato retal –, diferentemente dos homens que apresentam apenas o orifício retal. Isso faz com que a dinâmica da pelve feminina seja mais delicada e os aparelhos esfinterianos bastante diferentes nos dois sexos. (BARACAT, 2011)

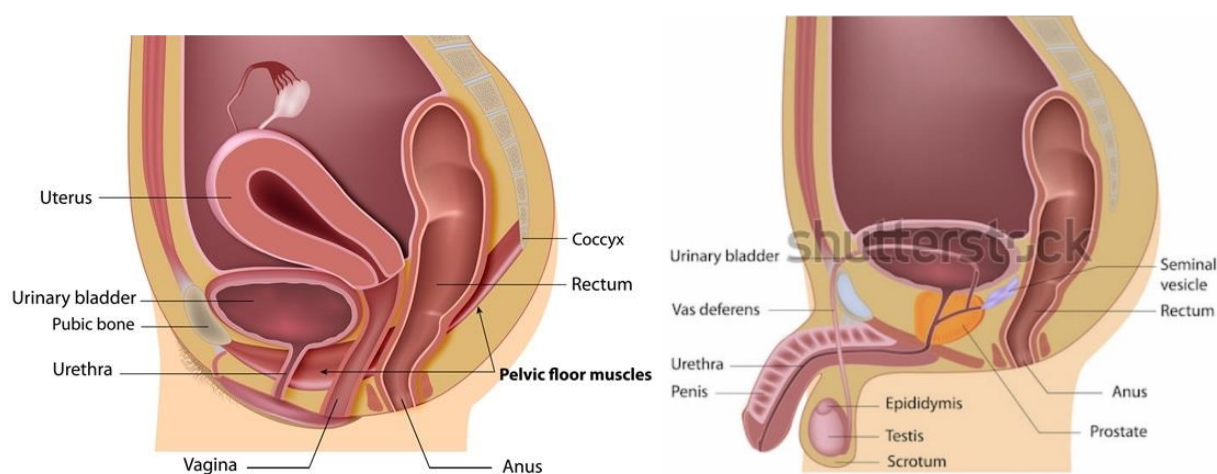


Figura 3 – (A) Assoalho Pélvico Feminino; (B) Assoalho Pélvico Masculino. Fonte: Mídia Médica Alila – Adaptado de Shutterstock, Inc. (2003-2019)

O alongamento extremo dos tecidos do assoalho pélvico é inerente ao processo de parto e expulsão vaginal. A lesão muscular durante o parto vaginal diminui a pressão máxima de fechamento do complexo do assoalho pélvico, o que torna o complexo muscular mais vulnerável ao aumento da pressão intra-abdominal e modifica a transmissão de forças para a vagina distal, possivelmente levando a um prolapso. A musculatura do assoalho pélvico pode também ser rompida ou sofrer uma incisão durante o processo do parto. Pode ainda ocorrer trauma adicional aos tecidos moles como resultado do uso do fórceps, necessitando a sutura através da musculatura e para dentro da cúpula vaginal. (KISNER; COLBY, 2015)

Em matéria sobre Incontinência Urinária (2017), Alessandra Sônego, fisioterapeuta e acupunturista da área de reabilitação dos músculos do assoalho pélvico e obstetrícia, supervisora do curso de pós-graduação em Fisioterapia na Saúde da Mulher HC-FMUSP e responsável pelo ambulatório e enfermaria de Obstetrícia do Hospital das Clínicas de São Paulo afirma: “Os crescentes efeitos hormonais e as alterações nos tecidos musculares locais podem

afetar o mecanismo de continência já durante a gravidez. A menor atuação dos músculos do assoalho pélvico também influenciam nesse mecanismo e a incontinência pode atingir cerca de 50% das mulheres no terceiro trimestre gestacional”. A especialista declara ainda que “por volta de 19% das puérperas apresentam essa condição devido à perda significativa da capacidade de contração da musculatura do assoalho pélvico por desnervação parcial” e que “na maioria das vezes, essa condição desaparece, permanecendo em 9% dos casos. Entretanto, vale destacar que as mulheres que apresentam esse problema durante a gestação e no pós-parto apresentam maior predisposição a desenvolver incontinência urinária e disfunções pélvicas mais tardiamente”. Por fim, afirma que “A Sociedade Internacional de Continência (ICS) recomenda que as gestantes façam acompanhamento com um profissional para fortalecer a musculatura do assoalho pélvico no pré-natal, a fim de prevenir a incontinência urinária na gestação e pós-parto”.

Em levantamento realizado por Scarpa et al. (2006) no Ambulatório Pré-Natal da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), e publicado na Revista Internacional de Uroginecologia, foram entrevistadas 340 pacientes (nulíparas e multíparas), das quais 170 (50%) apresentaram IUE (Incontinência Urinária de Esforço). “Não houve correlação entre paridade e IUE, mas ao considerar tipos distintos de esforço, o vazamento de urina ao tossir ($P = 0,0478$) e o riso ($P = 0,0046$) foram muito mais frequentes em mulheres multíparas. Cento e onze mulheres tiveram apenas partos vaginais e 68 foram entregues por cesariana. Não houve diferença entre os dois grupos em relação à incontinência, mas mulheres multíparas (≥ 4) que tiveram parto vaginal demonstraram duas vezes mais chances de vazar urina quando comparadas às nulíparas. Este fato sugere fortemente que a paridade seja mais relevante do que a via de parto como um fator de risco para o estresse da incontinência urinária. Mulheres nulíparas apresentaram alta porcentagem (45,5%) do sintoma, enfatizando o risco elevado de IUE na primeira gestação”.

A perda da continência urinária pode afetar até 50% das mulheres em alguma fase de suas vidas. A vida social dessas pacientes passa a depender da disponibilidade de banheiros. Elas comumente relatam preocupação e embaraço com o odor de urina. Apresentam dificuldade durante o intercursos sexual, por medo de perder urina ou de precisar interrompê-lo para urinar, além de alterações do sono. Entre 30 e 50% das pessoas que sofrem de incontinência urinária não relatam espontaneamente esse fato ao médico ou à enfermeira, e só procuram o serviço de saúde após o primeiro ano do início dos sintomas por acharem que a perda de urina é esperada

com o evoluir da idade. Elas, silenciosamente, têm redução da autoestima, tornando-se deprimidas, angustiadas e irritadas. (FONSECA et al., 2005)

A incontinência urinária provoca alterações graves na vida de pacientes por ela acometida, tornando-se estressante e debilitante, além de gerar alta morbidade por afetar o nível psicológico, ocupacional, doméstico, físico e sexual. (KELLEHER, 2001)

Em pesquisa realizada na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), foi observado “que a IU provoca sentimentos de baixa autoestima na mulher e interfere na sua vida sexual, restringe o contato social, interfere nas tarefas domésticas e no trabalho. Além disso, acarreta problemas econômicos devido a gastos com absorventes e, por vezes, ao impedir ou dificultar o trabalho remunerado fora de casa. (LOPES, 2006)

3.1. Treinamento da Musculatura do Assoalho Pélvico como Tratamento e Prevenção

A prevenção de IU através do fortalecimento do MAP pode ser evidenciado por meio de estudo norueguês publicado em 2003 (MORKVED; SCHEI; SALVESEN), no qual trezentas e uma mulheres nulíparas saudáveis foram analisadas. “Elas foram alocadas aleatoriamente para um treinamento (n = 148) ou um grupo controle (n = 153). O grupo de treinamento participou de um programa intensivo de treinamento muscular realizando contrações voluntárias do assoalho pélvico durante a gravidez. O grupo controle recebeu a informação habitual. No seguimento, significativamente menos mulheres no grupo de treinamento relataram incontinência urinária: 48 de 148 (32%) versus 74 de 153 (48%) com 36 semanas de gravidez ($p = 0,007$) e 29 de 148 (20%) versus 49 de 153 (32%) 3 meses após o parto ($p = 0,018$). De acordo com os números necessários para o tratamento, o treinamento intensivo dos músculos do assoalho pélvico durante a gravidez preveniu a incontinência urinária em cerca de uma em seis mulheres durante a gravidez e uma em oito mulheres após o parto”. Concluindo, assim, que “o treinamento intensivo dos músculos do assoalho pélvico durante a gravidez previne a incontinência urinária durante a gravidez e após o parto. A força muscular do assoalho pélvico melhorou significativamente após o treinamento intensivo dos músculos do assoalho pélvico”.

- O grupo de treinamento foi instruído e supervisionado por um fisioterapeuta por 60 minutos uma vez por semana por um período de 12 semanas (entre 20 e 36 semanas de gestação). O fisioterapeuta estimulou as mulheres a realizarem contrações musculares próximas ao máximo do assoalho pélvico e a segurar a contração por 6 a 8 segundos. No final de cada contração, as mulheres foram

solicitadas a acrescentar três a quatro contrações rápidas. O período de descanso foi de cerca de 6 segundos.

- O treinamento em grupo foi realizado em posições deitada, sentada, ajoelhada e em pé, com as pernas afastadas, para enfatizar o treinamento de força específico dos músculos do assoalho pélvico e o relaxamento de outros músculos. Consciência corporal, respiração e exercícios de relaxamento e treinamento de força para os músculos abdominais, costas e coxa foram realizados entre as posições. Além disso, as mulheres foram encorajadas a usar sua posição preferida e realizar oito a 12 contrações musculares do assoalho pélvico igualmente intensas duas vezes por dia em casa.

O treinamento do MAP desempenha a função não apenas preventiva, mas também de tratamento da IU desenvolvida durante a gravidez. Os exercícios do músculo do assoalho pélvico são bastante eficazes no aumento da força muscular do assoalho pélvico e, conseqüentemente, no tratamento da incontinência urinária. (DINC; BEJI; YALCIN, 2009)

As mulheres que não praticam exercícios regulares durante a gravidez apresentam um declínio no condicionamento físico, sem contar que a falta de exercícios constitui um dos fatores que aliados a outros se torna susceptível a diversas doenças durante e após a gestação. Ainda que não existam estudos mais aprofundados nesta área, é fato que exercícios de intensidade leve e moderada têm a possibilidade de promover e melhorar a resistência e flexibilidade muscular, sem, contudo, aumentar o risco de lesões ou complicações na gestação. Por conseguinte, a gestante suporta melhor as mudanças ocorridas em seu corpo e atenua as alterações inerentes a este período. (SOUSA, 2011)

Em estudo realizado por ASSIS et al. (2013) na Maternidade Pública e Unidades Básicas de Saúde em Jataí - GO, as participantes foram submetidas a um programa de treinamento de exercícios resistidos de contrações voluntárias para os MAP realizados nas posições de decúbito dorsal, lateral e ventral, quatro apoios, sentada e de pé. O grupo foi composto por mulheres entre 18 e 35 anos, paridade entre 2 e 4 filhos, que se encontravam no pós-parto vaginal imediato, de feto a termo (parto atual e anteriores), sem queixas de sintomas urinários antes e durante a gestação e até 40 dias após o parto. O estudo mostrou que o programa de exercícios resultou em aumento significativo da força dos MAP em puérperas e contribuiu para a prevenção de incontinência urinária.

- O programa de treinamento foi realizado individualmente com frequência de duas vezes por semana, por oito semanas consecutivas, com duração de 40

minutos/sessão. Antes de iniciar cada sessão de exercícios era realizado um aquecimento, que consistiu em alongamentos dos membros inferiores e coluna lombar, seguido de mobilização pélvica (exercícios ativos de anterversão, e retroversão pélvicas e inclinação pélvica).

- Todas as sessões foram iniciadas com a participante em decúbito dorsal. Os exercícios resistidos consistiam em contrações voluntárias máximas e mantidas dos MAP, seguidas de contrações rápidas. Essas contrações foram realizadas durante a expiração.
- Os exercícios foram realizados em 3 séries de 8 a 10 contrações máximas mantidas, inicialmente, por 10 segundos com intervalo de repouso de 10 segundos e, posteriormente, em 3 séries de 12 a 16 contrações máximas mantidas por 20 segundos com intervalo de 20 segundos de repouso. Cada contração máxima e mantida era seguida de contrações rápidas realizadas em três séries de três a cinco repetições, com duração de dois segundos de contração e seis segundos de repouso.

De acordo com Sangsawang e Sangsawang (2013) em artigo de revisão publicado na Revista Internacional de Uroginecologia: “A prevalência média de IUE durante a gravidez foi de 41% (18,6-60%) e aumentou com a idade gestacional. A pressão crescente do útero em crescimento e do peso fetal nos músculos do assoalho pélvico (MAP) durante toda a gravidez, juntamente com as alterações hormonais relacionadas à gravidez, podem levar à redução da força de MAP, bem como a sua função de suporte e esfinteriana. Isso causa mobilidade do colo da bexiga e da uretra, levando à incompetência do esfíncter uretral. O treinamento do músculo do assoalho pélvico (TMAP) é um tratamento seguro e eficaz para a IUE durante a gravidez, sem efeitos adversos significativos”.

Conforme também Davenport et al. (2018), o treinamento muscular pré-natal do assoalho pélvico (PFMT) com ou sem exercícios aeróbicos diminuiu as chances de IU na gravidez. Quando analisados os dados se as mulheres eram continentes ou incontinentes antes da intervenção, o exercício foi benéfico na prevenção do desenvolvimento de IU em mulheres com continência.

Um estudo polonês conduzido por Szumilewicz et al. (2019) teve como objetivo investigar se um programa de exercícios estruturados de contração voluntária - incluindo exercícios aeróbicos de alto e baixo impacto e apoiado em exercícios musculares do assoalho pélvico - melhora a atividade neuromuscular do assoalho pélvico e não reduz a qualidade de

vida em termos de incontinência urinária em gestantes saudáveis. Foi verificado que todas as participantes do estudo mantiveram boa qualidade de vida relacionada à incontinência urinária, e tais exercícios devem ser recomendados a gestantes como forma de prevenção.

- O grupo de intervenção participou de 6 semanas do programa de exercício estruturado com sessões realizadas três vezes por semana às segundas, quartas e sextas-feiras (18 sessões) 9:30 – 10:30 horas. Cada sessão consistiu em um aquecimento aeróbico em forma de coreografia aeróbica de alto e baixo impacto com música (25 min), exercícios de condicionamento de força (25 min), alongamento e exercícios respiratórios e de relaxamento (10 minutos). Foi ensinado às mulheres a contraírem conscientemente os músculos do assoalho pélvico enquanto realizavam coreografias aeróbicas e a usar o “jeitinho”, especialmente antes de aterrissar após um salto e qualquer outro aumento na pressão intra-abdominal. Para manter a intensidade adequada do exercício, foram utilizados monitores de frequência cardíaca em cada sessão com zonas de frequência cardíaca ajustadas individualmente.
- Na parte de fortalecimento, as mulheres realizaram nove exercícios para diferentes grupos musculares em dois conjuntos de 12 a 16 repetições, com um intervalo de 30 segundos entre as séries. Foram instruídas a realizar as repetições até que sentissem dores desagradáveis nos músculos-alvo. As mulheres também foram treinadas para contrair os músculos do assoalho pélvico junto com outros grupos musculares e relaxá-los conscientemente entre as repetições do exercício de fortalecimento, após o conjunto de exercícios e também durante o alongamento. Nenhum equipamento foi utilizado durante os exercícios e apenas a resistência de seus próprios corpos foi aplicada.

4. Considerações Finais

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise da importância das intervenções de treinamento para a musculatura do assoalho pélvico, afim de prevenir um quadro de incontinência urinária, principalmente no período da gestação e no pós-parto.

Mesmo que seja necessário que mais pesquisas sejam realizadas por conta das inúmeras variáveis acerca da temática, como as causas multifatoriais dessa condição e os respectivos públicos-alvo, diversos estudos apontaram que o fortalecimento do MAP pode ser eficaz tanto como prevenção quanto como tratamento da IU.

Dessa forma, pode-se dizer que um programa de treinamento voltado a práticas de fortalecimento do MAP possui eficiência como intervenção preventiva da IU.

Pelo grande impacto da incontinência urinária na vida das pacientes, o profissional de saúde deve almejar e comprometer-se com a melhora da autoestima e a resolução do seu isolamento social, orientando-a no seu restabelecimento. (FONSECA et al., 2005)

O profissional de educação física tem um papel fundamental e decisivo. Através de orientações adequadas, esse profissional pode transformar a prática de atividades físicas e esportivas numa intervenção preventiva da incontinência urinária. Estabelecendo uma relação de confiança com sua aluna e com sua atleta, esse profissional pode contribuir com a diminuição do abandono por essas mulheres da prática de atividades físicas e esportivas e garantir com isso que elas não sejam privadas dos benefícios que são inerentes a essa prática. (CAETANO; TAVARES; LOPES, 2007)

Existem diversas modalidades nas quais o profissional de educação física pode atuar para intervir sobre uma condição de Incontinência Urinária. Modalidades essas que contam com um trabalho conjunto de respiração, estabilização, fortalecimento, mobilidade. Uma forma de terapia através do movimento pode ser aplicada, desempenhando um papel preventivo. Algumas dessas modalidades são a Yoga, o Pilates, o Treinamento Funcional, e até mesmo a Musculação permite um trabalho de fortalecimento do MAP através da consciência corporal nos exercícios de força.

Cabe ao profissional de educação física um trabalho em conjunto com fisioterapeutas na questão “prevenção *versus* tratamento”, de forma que não haja uma competição, mas sim uma colaboração no que visa melhorar e/ou manter a qualidade de vida de quem recorre aos seus respectivos serviços.

Assim, respeitando sempre a individualidade biológica, o profissional de educação física tem como importante papel inserir práticas e exercícios de fortalecimento do MAP nas planilhas de treino, zelando pela melhora e preservação do bem-estar e qualidade de vida de suas alunas, principalmente mulheres no período da gestação e no pós-parto.

Referências

- ALMEIDA, Fernando de. Entrevista concedida à Camila Kosachenco. **Incontinência urinária afeta quase metade das mulheres com mais de 40 anos:** Saiba o que fazer para se livrar do problema. Rev. GaúchaZH. Jan. 2018. Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/vida/noticia/2018/01/incontinencia-urinaria-afeta-quase-metade-das-mulheres-com-mais-de-40-anos-cjcc3qyo8010h01ph7rob9fow.html>>
- ASSIS, Thaís Rocha; SÁ, Ana Claudia Antonio Maranhão; AMARAL, Waldemar Naves; BARACAT, Fabio. Entrevista concedida a Maria Helena Varella Bruna. **Incontinência urinária | Entrevista.** 19 Set. 2011. Disponível em: <<https://drauziovarella.uol.com.br/entrevistas-2/incontinencia-urinaria-entrevista/>>
- BATISTA, Elicléia Marcia; FORMIGA, Cibelle Kayenne Matins Roberto; CONDE, Délio Marques. **Efeito de um programa de exercícios para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico de múltiparas.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. Volume 35, n.1. Rio de Janeiro: Jan. 2013.
- CAETANO, Aletha Silva; TAVARES, Maria da Consolação Gomes Cunha Fernandes; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. **Incontinência urinária e a prática de atividades físicas.** Rev. Bras. Med. Esporte. Volume 13, n.4. Jul./Ago. 2007.
- DAVENPORT, MH et al. **Exercício pré-natal (incluindo, mas não limitado a, treinamento muscular do assoalho pélvico) e incontinência urinária durante e após a gravidez: uma revisão sistemática e meta-análise.** Br. J. Sports Med. Volume 52. n.21. Páginas 1397-1404. Nov. 2018.
- GOMES, Cristiano Mendes. Entrevista concedida à Camila Kosachenco. **Incontinência urinária afeta quase metade das mulheres com mais de 40 anos:** Saiba o que fazer para se livrar do problema. Rev. GaúchaZH. Jan. 2018. Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/vida/noticia/2018/01/incontinencia-urinaria-afeta-quase-metade-das-mulheres-com-mais-de-40-anos-cjcc3qyo8010h01ph7rob9fow.html>>
- DINC, Aytén; BEJI, Nezihe Kizilkaya; YALCIN, Onay. **Efeito dos exercícios musculares do assoalho pélvico no tratamento da incontinência urinária durante a gravidez e no período pós-parto.** Rev. Intern. de Uroginecol. Volume 20, Edição 10, Páginas 1223-1231. Out. 2009.
- DUARTE, G; MARCOLIN, AC; QUINTANA, SM; CAVALLI, RC. **Infecção urinária na gravidez.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Volume 3. n.2. Fev. 2008.

FELIPPE, Mariana Rhein. **O impacto da incontinência urinária na sexualidade feminina.** Universidade Federal de São Paulo. 2015. Disponível em: <
https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=3366607>

FONSECA, ESM; CAMARGO, ALM, CASTRO, RA; SARTORI, MGF; FONSECA, MCM; LIMA, GR; GIRÃO, MJBC. **Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. Volume 27. n.5. Páginas 235-42. 2005.

GORBEA CHAVEZ, V.; VELAZQUEZ SÁNCHEZ, P.; KUNHARDT RASCH, JR. **Efeito do exercício do assoalho pélvico durante a gestação e o puerpério na prevenção da incontinência urinária de esforço.** Ginecol. Obstet. Mex. Dez. 2004.

HANSEN, John T. **NETTER ANATOMIA CLÍNICA.** 3. Ed. Elsevier. 2015

HAY-SMITH, J.; MORKVED, S.; FAIRBROTHER, KA.; HERBISON, GP. **Treinamento dos músculos do assoalho pélvico para prevenção e tratamento da incontinência urinária e fecal em mulheres pré-natais e pós-natais.** Banco de Dados Cochrane Syst Rev. Out. 8. 2008.

HIGA, Rosângela; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes; REIS, Maria José. **Fatores de risco para incontinência urinária na mulher.** Rev. Esc. Enferm. USP Volume 42, n.1 São Paulo. Mar. 2008.

KELLEHER, CJ. **Quality of life and urinary incontinence.** In: Cardozo L, Staskin D. Textbook of female urology and urogynaecology. Londres: Isis Medical Media; 2001.

KISNER, C.; COLBY, L.A. **Exercícios terapêuticos fundamentos e técnicas.** 4. Ed. Barueri. SP: Manole. 2005.

LOPES, Maria Helena Baena de Moraes; HIGA, Rosângela. **Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher.** Rev. Esc. Enferm. USP. Volume 40. n.1. Páginas 34-41. 2006.

MITTAL, P; WING, DA. **Urinary tract infections in pregnancy.** Clinics in Perinatology. Ed. 32. Páginas 749-64. 2005.

MORKVED, S.; SCHEI, B.; SALVESEN, KA. **Treinamento muscular do assoalho pélvico durante a gravidez para prevenir a incontinência urinária: um estudo controlado duplo-cego randomizado.** Obstetrics & Gynecology. Volume 101. Edição 2. Páginas 313-31. Fev. 2003.

MORKVED, Siv; BO, Kari. **Efeito do treinamento dos músculos do assoalho pélvico no pós-parto na prevenção e no tratamento da incontinência urinária: um ano de acompanhamento.** Obstetrics & Gynecology. 12 de Ago. 2005.

NETTER, Frank H. **Atlas de Anatomia Humana.** Edição 3. Elsevier, 2004.

OLIVEIRA, GND; BRITO, GA; LEITE, LC; CUNHA, RM; NASCIMENTO, SL. **Avaliação da função dos músculos do assoalho pélvico relacionada à suas disfunções.** Anais da Jornada de Fisioterapia da UFC. Volume 4. n.1. Fortaleza: 2015.

PALMA, P. **Urofisioterapia: aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico.** 1ª ed. São Paulo, Personal Link Comunicações, 2009.

PELAEZ, M.; GONZALEZ-CERRON, S.; MONTEJO, R.; BARAKAT, R. **O treinamento dos músculos do assoalho pélvico incluído em um programa de exercícios para gestação é eficaz na prevenção primária da incontinência urinária: um estudo controlado randomizado.** Neurourol. Urodyn. Jan. 2014.

PO-CHUN, Ko; CHING-CHUNG, Liang; SHUENN-DHY, Chang; JIN-TAO, Lee; NA-SHINE, Chao; CHENG, Po-Jen. **Um estudo controlado randomizado de exercícios pré-natais do assoalho pélvico para prevenir e tratar a incontinência urinária.** Rev. Intern. de Uroginecol. Volume 22, Edição 1, Páginas 17–22. Jan. 2011.

SÔNEGO, Alessandra. Entrevista concedida à Carla Leonardi. **Incontinência urinária no pós-parto:** Entenda por que o problema acontece e como ele pode ser resolvido. 15 de Ago. 2017. Disponível em: <<https://bebe.abril.com.br/gravidez/incontinencia-urinaria-no-pos-parto/>>

REIS, RB; COLOGNA, AJ; MARTINS, ACP; PASCHOALIN EL; TUCCI, Junior S; SUAID, HJ. **Incontinência urinária no idoso.** Acta Cir. Bras. Volume 18. Suppl. 5. Páginas 47-51. 2003.

ROSSI, Livia. **Anatomia da Pelve Feminina e Assoalho Pélvico ft. Livia Rossi.** 2019. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=IfzsWuGsb48&t=607s>>.

RUDGE, MVC; CALDERON, IMP; PEREIRA, B; REA, R; MILANEZ, HMBPM. **Manual de Gestação de Alto Risco.** FEBRASGO. 2011.

SACOMORI, C. et al. **Prevalência e variáveis associadas às Incontinência Urinária no terceiro trimestre gestacional.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Jul./Set. 2013.

SANGSAWANG, Bussara; SANGSAWANG, Nucharee. **Incontinência urinária de esforço em gestantes: uma revisão de prevalência, fisiopatologia e tratamento.** Rev. Intern. de Uroginecol. Volume 24, Edição 6, Páginas 901–912. Jun. 2013.

SANTOS, Paula Clara; MENDONÇA, Denisa; ALVES, Odete; BARBOSA, Alcindo Maciel. **Prevalência e Impacto da Incontinência Urinária de Stresse Antes e Durante a Gravidez.** Acta Med. Port., Edição 19, Páginas 349-356. 2006.

SCARPA, K.P.; HERRMANN, V.; PALMA, P.C.R.; RICCETTO, C.L.Z.; MORAIS, S.S. **Prevalência e correlatos da incontinência urinária de esforço durante a gravidez: um levantamento na Faculdade de Medicina da UNICAMP, São Paulo, Brasil.** Rev. Intern. de Uroginecol. Volume 17. Edição 3. Páginas 219-223. Mai. 2006.

SOAVE, I.; SCARANI, S.; MALLOZZI, M.; NOBILI, F.; MARCI, R.; CASERTA, D. **Treinamento dos músculos do assoalho pélvico para prevenção e tratamento da incontinência urinária durante a gravidez e após o parto e seu efeito sobre o sistema urinário e estruturas de suporte avaliadas por técnicas objetivas de medição.** Arco Ginecol Obstet. Mar. 2019.

SOUSA, J.G.; FERREIRA, V.R.; OLIVEIRA, R.J.; CESTARI, C.E. **Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em idosas com incontinência urinária.** Curitiba: Fisioter. Mov. Volume 24. n.1. Páginas 39-46. Jan./Mar. 2011.

SZUMILEWICZ, A.; DORNOWSKI, M.; PIERNICKA, M.; WORSKA, A.; KUCHTA, A.; KORTAS, J.; BLUDNICKA, M.; RADZMNSKI, L.; JASTRZEBSKI, Z. **High-Low Impact Exercise Program Including Pelvic Floor Muscle Exercises Improves Pelvic Floor Muscle Function in Healthy Pregnant Women - A Randomized Control Trial.** Front Physiol. Jan. 2019.

TAMANINI, JTN. et al. **Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form”.** Rev. Saúde Pública. Volume 38. n.3. São Paulo: Jun. 2004.

VAZQUEZ, JC; SMAILL, F. **Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy (Review).** Cochrane Review. Cochrane Library. Issue 4. 2007.

WESNES, SL.; RORTVEIT, SHG. **Epidemiology of urinary incontinence in pregnancy and postpartum.** Mr. Ammar Alhasso (Ed.), ISBN: 978-953-51-0484-1, InTech, 2012. Disponível em: <<http://www.intechopen.com/books/urinary-incontinence/>>

ANEXO A – CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO À REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIA E MOVIMENTO

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

No metadados, o título encontra-se todo em maiúsculo e todos os autores e suas respectivas informações, com apenas as iniciais em maiúsculo, estão inseridas?

O link para lattes encontra-se inserido no metadados?

A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista?

O arquivo do manuscrito está em formato Word?

Todos os endereços de páginas na Internet (URLs), incluídas no texto (Ex.: <http://www.ibict.br>) estão ativos e prontos para clicar?

O texto está em espaço 1 1/2; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico ao invés de sublinhar (exceto em endereços URL); com figuras e tabelas inseridas no texto, e não em seu final?

O texto segue os padrões de estilo, normatização e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na seção Sobre a Revista?

A identificação de autoria deste trabalho foi removida do arquivo e da opção Propriedades no Word, garantindo desta forma o critério de sigilo da revista, caso submetido para avaliação por pares (ex.: artigos), conforme instruções disponíveis em Asegurando a Avaliação por Pares Cega?

Se estudo com seres humanos ou com modelos experimentais de animais, o número do protocolo de aprovação do estudo em Comitê de Ética em Pesquisa encontra-se inserido na metodologia e uma cópia do parecer foi anexado em documentos suplementares?

As declarações de transferência de direitos autorais e o termo de conflito de interesses foram anexados em documentos suplementares?

Está ciente que o não atendimento aos itens anteriores, resultará no não encaminhamento do artigo para avaliação de mérito e sua rejeição na avaliação de normatização?

Fonte:

<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/about/submissions#onlineSubmissions>

ANEXO B – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO TCC

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO TCC

Nome do aluno: LUÍZA PATRÍCIA MONTAN.

Matrícula: 14/0026792

Título do Trabalho: PREVENÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR MEIO DO TREINAMENTO DA MUSCULATURA DO ASSOLHO PELVICO DURANTE A GESTAÇÃO E NO PERÍODO PÓS-PARTO: UMA REVISÃO NARRATIVA

Data: 9 / 7 / 19

Horário: 10:00

A avaliação final do TCC é responsabilidade dos membros da banca examinadora. No entanto, os seguintes critérios mínimos deverão ser observados:

AVALIAÇÃO	Pontuação máxima	Nota da banca
I – Forma		
a) apresentação do texto: redação com linguagem apropriada, correta e clara	10	8
b) apresentação formal: cumprimento das normas técnicas selecionadas	10	8
Total I –	20 pontos	
II – Pesquisa		
a) relevância do tema: importância do tema na área envolvida e do enfoque teórico dado	10	14,8
b) dimensão da pesquisa: delimitação do tema, abrangência da análise do problema proposto	15	14
c) fundamentação: contextualização do problema, embasamento teórico adequado, clareza do método utilizado, identificação clara das fontes utilizadas e citadas, coerência entre argumentos e resultados apresentados	20	15
d) métodos: adequação e correta utilização dos métodos e técnicas escolhida para a pesquisa	15	10
Total II –	60 pontos	
III – Apresentação oral		
a) clareza na comunicação	5	4
b) objetividade e adequação do conteúdo ao tempo previsto para a apresentação	5	4
c) domínio do tema	5	2
d) respostas às arguições da banca examinadora	5	2
Total III –	20 pontos	
TOTAL FINAL	100 PONTOS	7,675

Critérios adicionais de avaliação, de acordo com as especificidades de cada caso, poderão ser definidos pela banca examinadora. Estes critérios deverão ser divulgados previamente aos alunos.

Banca

Orientador: <u>Dr. M. MB L. Melo</u>	Instituição: <u>UNB</u>	Titulação: <u>DNA.</u>
Co-orientador: <u>Dr. R. C. L. D.</u>	Instituição: <u>UnB</u>	Titulação: <u>MS</u>
Membro: <u>Dudine Gomes T. do Siqueira</u>	Instituição: <u>EBSERH - HUB</u>	Titulação: <u>metronda</u>
Membro Suplente:	Instituição:	Titulação:

Observações:

ANEXO C – ATA DA DEFESA



Universidade de Brasília
Faculdade de Educação Física – FEF
Curso de Educação Física

Ata da defesa

Aos 9 dias do mês de Julho do ano de 2019, com início às 10:00 h, no Campus Darcy Ribeiro da Universidade de Brasília ocorreu, em sessão pública, a defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), intitulado PREVENÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR MEIO DO TREINAMENTO DA MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO DURANTE A GESTAÇÃO E NO PERÍODO PÓS-PARTO: UMA REVISÃO NARRATIVA do(a) aluno(a) LUIZA PARRA MONTEIRA.

concluinte do Curso de Bacharelado em Educação Física Física. O TCC constitui-se como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Educação Física. A banca foi constituída pelos seguintes membros:

Prof(a) Orientador(a) Lidia Maria Aguiar Brito

Prof(a) Avaliador(a) LIÂNIO GOMES JAVARÉS

Prof(a) Avaliador(a) JOSÉ CELI NETO

O ato teve início com a apresentação dos membros da Banca presidida pelo Prof(a) Orientador(a) que, a seguir, apresentou e passou a palavra ao aluno(a) para expor seu trabalho. Na sequência, os componentes da banca fizeram suas considerações e arguições, que foram respondidas pelo(a) aluno(a).

Ao término da defesa, em deliberação sigilosa, os membros da Banca chegaram a um consenso acerca da menção do(a) aluno(a) concludente. Assim, em formulário próprio apresentaram um parecer descritivo, contendo as correções solicitadas e as reformulações sugeridas acerca do TCC. Em seguida, mediante consenso, atribuíram ao trabalho escrito, uma menção NS. Então, a sessão foi retomada e em função dos resultados, o Presidente da banca examinadora declarou que o(a) aluno(a) foi (✓) aprovado () reprovado.

Assim, foi encerrada a defesa, lavrando-se a presente ata que vai assinada pelo(a) Prof(a) Orientador(a) e pelo(as) Professores(as) membros da banca examinadora e homologada pelo Coordenador dos TCCs. A presente ata foi entregue à Coordenação dos TCCs do Curso de Educação Física da Universidade de Brasília.

Brasília 9, de Julho de 2019

Assinaturas

Professor(a) (presidente) Lidia M. Aguiar Brito

Professor(a) Liânio Gomes Javariés

Professor(a) José Celi Neto

Aluno(a) Luiza Parra Monteiro

Coordenadora do TCC

Coordenador do Curso de Bacharelado em Educação Física